Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion

Comité Stratégique de Développement de la Santé Mentale

Groupe de travail Dossier Patient

Séance du 6 janvier 2005

Animateur Dr P.TRON tron.patrick@wanadoo.fr

Participants :
secteur 1 : M CADET Cadre de santé : p.cadet@epsmr.org
Mme Andrette ROBERT secrétaire : pc1@epsmr.org
Mme Marie-Pierre ROCQUES Psychologue : duplessis@epsmr.org
Mme Peggy PETREQUIN infirmière : peggy.petrequin@wanadoo.fr
secteur 2 : M ALLASTOR Christian : Cadre supérieur de santé
Mme KING-SOON Corine secrétaire : pc2@epsmr.org
Mme Andrette ROBERT secrétaire
secteur 4 :Dr Chaumeil Catherine chef de service : pc4@epsmr.org
M PICARD Franck Cadre de santé : f.picard@epsmr.org
Mme Yasmina CUISSER infirmière
Mme Corine TECHER Secrétaire : pc4@epsmr.org
Pédopsychiatrie ouest
Dr E DELOSSEDAT Praticien Hospitalier : e.delossedat@epsmr.org
M HOAREAU André : infirmier htp
Mme THELESTE Sidonie Cadre de santé htp
Mme SIWEK Ophélie : o.siwek@epsmr.org
Pédopsychiatrie nord
Pédopsychiatrie est
Dr Philippe Pierre GIUSTINIANI Praticien Hospitalier
Service Médico Psychologique Régional :
M BORISTHENE Jean Claude infirmier : smpr@epsmr.org
Département d'informatique médicale
Dr CHOMON Praticien Hospitalier : f.chomon@epsmr.org
Direction, administration centrale
M Jean Noël CECILE Service informatique : jn.cecile@epsmr.org
Mme Cécile TREVORS cellule qualité : cecile.lepors@epsmr.org

Rappel de la mission donnée au groupe de travail par le comité stratégique :

Après validation par le comité stratégique de développement de l'EPSMR le 14 décembre 2004 de la politique de dossier patient élaboré par le groupe projet sur quatre réunions entre octobre et décembre 2004, le comité stratégique confie au groupe de travail une nouvelle mission : *Mise en œuvre de la politique du dossier patient :*

- Composition : psychiatres et soignants de chaque secteur, médecin du DIM, représentant de la DSSI, représentant de l'administration

- Chef de projet : Patrick TRON, en lien avec Frédéric CHOMON, médecin du DIM

Échéance : adoption du dossier patient en 2005, entrée en vigueur en 2006.

calendrier
Jeudi 6 janvier 14h _ 16h
mardi 25 janvier 14h_ 16h
jeudi 10 février 14h_ 16h
jeudi 24 février 14h_ 16h

Sont invité à ces réunions toutes les personnes intéressées par cette thématique et qui pourront apporter leurs compétences et leur point de vue dans le cadre de la mission qui est donnée à ce groupe. Il est bien sur fondamental que pour chaque service chaque catégorie de personnel soit représentée mais en insistant sur le caractère volontaire de la démarche.

Rappel du cadre de travail : Mise en place d'un management participatif où le comité de pilotage (en l'occurrence le comité stratégique) donne les axes stratégiques du projet au groupe de travail qui les traduits en modalités pratiques. Ces groupes de travail sont constitués des acteurs qui participent à l'action à réaliser et sont le mieux placés pour juger de :

- l'existant : de ce qui marche ou pas, dans tous les services ou dans certaines unités
- des améliorations que l'on est en droit d'attendre de la réalisation du projet
- des difficultés dans la mise en oeuvre du projet
- de l'adaptation de la théorie (recommandations de l'ANAES) et de sa traduction dans la pratique (mise en oeuvre de la politique de dossier patient)

Un tour de table est réalisé avec quelques points clefs :

- Difficultés de réaliser simultanément la mise en oeuvre d'une politique de dossier patient papier et informatisé. Multiplicité des modèles et des systèmes d'information d'autant que le principe d'un dossier unifié est retenu),).
- demandes de précisions sur différents points de la politique de dossier patient : (qu'elle est la différence entre dossier unifié, unique et uniforme). Qu'en est t-il des spécificités de service (hospitalisation temps plein, actes ambulatoire, Psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, SMPR). Le dossier unique est l'application du principe un dossier un patient un lieu de conservation. Dans notre pratique multisite, uniquement possible que dématérialisé. Le dossier unifié permet plusieurs dossiers par patient dont il convient de repérer le contenu et la chronologie dans un système accessible à tous les sites de prise en charge. Nécessité d'un index informatique pouvant être intégré à la fiche de liaison
- Nécessité d'un toilettage régulier des dossiers ce qui n'est pas fait actuellement dans la plupart des services pour tenir une politique de dossier patient efficace sinon risque de mélange des informations. En liaison avec définition et mise en œuvre d'une politique d'archivage.
- Rappel que la mise route d'un modèle de dossier patient papier s'est heurté en 2001 à des problèmes logistiques entraînant son abandon. Il est souligné que le groupe projet sera attentif au suivi de la mise en oeuvre d'un nouveau modèle .
- point sur les différences actuelles dans la tenue du dossier patient et de son archivage dans les différents services. Constat d'une grande hétérogénéité. Présentation du dossier de l'HTP en pédopsychiatrie qui représente actuellement le modèle papier le plus proche de la politique de dossier patient validée par le comité stratégique (bien qu'il reste des amélioration dans le domaine des informations à des tiers)

- point sur les transmissions ciblées : doivent elle être intégrées à l'organisation chronologique du dossier.
- intérêt de la fiche de synthèse devant permettre à la fois de résumer la prise en charge, d'établir un lien entre des sites distants de prise en charge et d'alerter sur les données entraînant un risque vital. Danger si ces alertes ne sont pas liées en particulier au circuit du médicament. Conclusion que la fiche de synthèse est un sous produit d'un dossier patient informatisé.
- Est t-il possible de passer directement au dossier patient informatisé d'emblée pour remédier aux problèmes actuels du dossier patient.

Rappel du cadrage constitué par la politique de dossier patient validant le principe d'un dossier patient informatique dans la formulation suivante : *L'objectif est de permettre, à terme, l'existence d'un dossier unique par patient, avec accessibilité pour l'intra et pour l'extra hospitalier.* Reste à définir le cheminement à partir de l'existant jusqu'au dossier patient informatisé.

Proposition d'une méthodologie :

1°) réaliser un modèle papier de dossier patient unifié qui remplacera les différents supports utilisés actuellement. (le principe de base retenu étant qu'il pouvait exister plusieurs dossiers papier, un sur chaque site distant de prise en charge)

2°) réaliser un modèle de fiche de synthèse où sera noté les informations nécessaire pour la continuité des soins sur les différents sites de prise en charge de l'usager. Cette fiche devrait contenir notamment des informations sur les lieu et date de prise en charge et des éléments d'information provenant de chaque catégorie de professionnel de santé (sachant que sur ses différents sites les soignants n'auront accès qu'à une partie du dossier)

3°) choisir un logiciel de prescription médicamenteuse informatisée permettant de sécuriser le circuit du médicament en intra et extra hospitalier.

Discussion : La fiche de synthèse est hybride et ne peut pas être conçue séparément d'un système informatisé ce qui invalide la méthodologie proposée.

Définition de deux pôles d'actions dans la mise en oeuvre d'une politique de dossier patient :

- Pôle dossier papier :
  - A court terme : Nécessité en urgence de consolidation et d'homogénéité des pratiques dans la tenue et l'archivage des dossiers
  - A long terme : le modèle de dossier papier est un sous produit d'une sortie imprimante d'un dossier informatisé.
- Pôle dossier informatique :
  - A court terme : Nécessité de sécurisé le circuit du médicament.
  - A moyen terme : Montée en charge progressive selon les services et substitution des fonctionnalités papier par les même fonctionnalités informatisées. Favoriser en premier lieu la dématérialisation des données permettant la réalisation d'une fiche de synthèse.
- Lien entre ces deux pôle :
  - Les variables définies pour le dossier papier sont un premier cadre pour la définition du cahier des charges d'un système informatisé
  - Définition d'une limite entre les deux pôles, sachant que :
    - le système informatique à pour mission minimale de gérer l'ensemble du circuit du médicament

- le dossier papier à pour mission en urgence d'améliorer la coordination de la prise en charge soignante.

Conclusion de la Réunion :
Pour la prochaine réunion :
Présentation d'un modèle dossier papier synthèse des propositions du groupe
Présentation d'un modèle de fonctionnalité de dossier patient informatisé et de sa mise en oeuvre progressive.
Rappel des autres missions du groupe projet :

- accompagnement de la reprise de l'appel d'offre, en considération des éléments définis de la politique du Dossier Patient
- déclinaison des points 6 à 9 de la politique du dossier patient

6 procédure de communication au patient et ayant droit

7 conservation du dossier

8 règles et procédures d'archivages au sein de l'établissement

9 information du patient

Annexe 1°)

•*Définition d'une politique du dossier patient :*

Ont ainsi été validés 10 items constitutifs d'une politique du dossier patient, qui ont fait l'objet d'une approche détaillée pour 6 d'entre eux.

- type de dossier
  - *Chaque patient donne lieu à l'ouverture d'un dossier.*
  - *Les Dossiers Patients sont établis sur un modèle unifié pour tous les secteurs, en intra et en extra hospitalier.*
  - *L'objectif est de permettre, à terme, l'existence d'un dossier unique par patient, avec accessibilité pour l'intra et pour l'extra hospitalier.*
  - *Le Dossier porte la trace des interventions de tous les professionnels, sans exception. Les aides soignants et les agents de service, susceptibles de rendre compte d'observations ou de signalements voire d'actes, procèdent par l'intermédiaire d'un infirmier ou de tout autre professionnel de santé identifié.*
- contenu du dossier patient
  - *pièces réglementaires*
  - *pièces recommandées par l'ANAES*
  - *pièces spécifiques au soin psychiatrique : observation, synthèse (La pratique des synthèses doit être systématisée et formalisée selon un régularité à définir pour chaque service ou mode de prise en charge ; la synthèse permet d'avoir au dossier un état actualisé et complet de la problématique du patient et du projet de soins mis en œuvre).*
  - *données des tiers : identification selon les recommandations ANAES aux fins de conservation au dossier mais de restriction de l'accès au patient.*
  - *Les notes personnelles ne figurent pas au Dossier Patient, elles sont la propriété du professionnel qui en assure la conservation sous sa responsabilité (en particulier au regard du secret professionnel et du secret médical). Elles ne doivent pas faire obstacle à la présence au dossier d'éléments devant impérativement y figurer. Lorsque les notes personnelles contiennent des observations intermédiaires dans le cadre d'une intervention continue d'un professionnel, elles peuvent être conservées dans le dossier, sous le statut de note personnelle, jusqu'à ce que l'acte de soins donne lieu à compte rendu ou à synthèse.*
- organisation interne du dossier
  - *identification du rattachement de toutes les pièces du dossier à la séquence de soins, permettant en particulier la distinction entre la prise en charge ambulatoire et l'hospitalisation*
  - *organisation chronologique des pièces du dossier : a minima, chronologie des contacts avec les intervenants et des actes de soins*
  - *regroupement des pièces du dossier par type de professionnel intervenant (objectif de respect des cadres d'intervention des différents professionnels)*
  - *informatisation de la prescription, dispensation, distribution des médicaments (en intra et en extrahospitalier)*
- règles de tenue

- *le dossier patient est sous la responsabilité générale du médecin psychiatre référent du patient, qui en coordonne la tenue*
- *chaque professionnel est responsable de ses écrits et de la traduction de ses actes dans le dossier patient*
- *horodatage, signature et identification des pièces du dossier patient*
- *rattachement des pièces à l'épisode de soins*
- *mention de la présence de tiers et/ou du patient*
- *identification des informations provenant de tiers et non-communicables au patient*

- niveaux des droits d'accès et de communication aux professionnels
  - *principe d'accessibilité du Dossier Patient aux professionnels intervenants dans la prise en charge*
  - *choix de procédures permettant une différenciation des droits d'accès au sein de l'établissement avec dérogation explicite pour assurer la continuité des soins et du suivi médical*
  - *transmission aux professionnels de santé externes à l'établissement sous la responsabilité du médecin psychiatre référent du patient*
- procédure de communication au patient et ayant droit
- conservation du dossier
- règles et procédures d'archivages au sein de l'établissement
- information du patient
- informatisation du dossier patient :
  - *objectif d'informatisation du dossier patient*
  - *informatisation progressive*
  - *priorité d'informatisation de la prescription médicamenteuse, en lien avec la sécurisation du circuit du médicament dans l'EPSMR.*

Les points 6 à 9 exige un effort de rédaction de procédures ou d'outils d'information. Ils devront être traités ultérieurement.

Annexe 2°)
1er modèle de fonctionnalité de dossier papier suite aux discussions du groupe

DOSSIER PATIENT

objectif

-créer un modèle papier unique pour tout l'établissement
-validé par l'ensemble des personnels concernés dans toutes les unités de soins de l'EPSMR
-unifié intégrant les spécificités des différents services (pédopsychiatrie / psy adulte ; HTP / consultations externes ; SMPR / détention, etc.)

suivi du projet

Ce modèle papier de dossier patient est validé par le comité stratégique et les instances.
Il est remis à la Direction de l'établissement pour mise en oeuvre dans toutes les unités de soins (reprographie du modèle, diffusion, formation des personnels, utilisation par les services).
Un comité de suivi fera suite aux travaux du groupe projet pour évaluer la mise en place de ce nouveau dossier, des coupes transversales dans les unités de soins seront effectuées pour dénombrer
- le stock de dossiers vierges accessibles dans chaque unité (modèle unifié/ ancien modèle)
- les dossiers actifs dans chaque unité (modèle unifié/ ancien modèle)
mise en place de mesures correctives par poste de soin

Mode d'emploi du dossier patient

réactualisé par le comité de suivi selon les problèmes rencontrés dans la tenue du dossier et de la disponibilité du modèle de dossier
par exemple: Le dossier doit pouvoir attester de la bonne information du patient : comment faire?
Les prescriptions médicales doivent être signées datée et identifiées : la dernière évaluation ayant montré que deux tiers des prescription ne le sont pas ou ne conservent pas de doubles dans le dossier
Les document infirmiers doivent être signées, datées et identifiées.
Etc.

Fiche de liaison

identification
informations alertes (allergies, risques vitaux, etc.)
indexation des différents sous dossiers (lieu, date d'intervention)
dates séjours – dates actes (consultation, examens complémentaires, etc)
résumé thématique actualisé et daté (social, médical, infirmier, psychologique)
historique des traitements

Informations non communicables au patient

identification du tiers dépositaire de l'information
renvoi aux éléments d'observation permettant d'intégrer cette information dans la prise en charge du patient.

indexation observation chronologique

identification du signataire (qualité, nom, horodatage)

observation non structurée au fil de l'eau
renvoi indexé vers les entrées thématiques par discipline(par exemple transmissions ciblée, tests psychologiqus, échelles d'évaluation, etc.)

observation thématique
identification du signataire (qualité, nom, horodatage)
structuration thématique selon les disciplines : fiche sociale, transmissions ciblées, échelles psychiatriques, etc.
indexation depuis l'observation chronologique

gestion documentaire
élément d'information (copie carte vitae, attestation de sécurité sociale, ALD, COTOREP, etc)
pièces légales (autorisation des parents pour mineurs, etc)
certificats (d'HO HDT, etc)
courriers (médecins traitants, comptes rendus d'hospitalisation,etc.)
examen paracliniques
etc.

circuit du médicament
doubles papier de toutes les prescriptions
hospitalier
consultation externes
sorties papier de toutes les ordonnances (cf choix du logiciel de prescription)

Evaluation et efficacité
attestation de la réflexion bénéfice risque
suivi de marqueur en liaison avec le DIM et le PMSI?

carnet de rendez vous
en option ?

Annexe 3°)
1er modèle de fonctionnalité de fiche de liaison suite aux discussions du groupe

Secteur :
Unité fonctionnelle :

FICHE D'IDENTIFICATION

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Personne à prévenir et lien de parenté: Tél fixe : Portable :
- ---------- ------- ----------

- ---------- ------ ---------

Situation familiale

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Profession :
Niveau scolaire/Etudes :
Revenus :
N° SS :
Mutuelle : CMU
Partenaires sociaux : Tél :

PROTECTION CIVILE
Curatelle ou tutelle : Téléphone :

DIVERS
Medecin traitant : Medecin psychiatre :

Allergies : Groupe sanguin :

Antécédents médicaux :

Antécédents psychatriques :

Hospitalisations

Date d'entrée	Mode d'hospitalisation	Motif d'hospitalisation	Date de sortie
----------	------	----------	--------
---------	------	----------	--------
----------	--------	----------	---------

Génogramme

Annexe 4°)
2ème modèle de fonctionnalité de fiche de liaison suite aux discussions du groupe

RESUME DE DOSSIER

(Unité régionale d'hospitalisation à temps plein pour enfants et adolescents)
psychiatrie infanto-juvénile)

rédigé par : ***Date :***

NOM : **PRENOM :**

Date de naissance : **lieu de naissance :**

NOM et prénom du père : **âge**

Profession :
Adresse :
Tel :

NOM et prénom de la mère : **âge**

Profession :
Adresse :
Tel :

Situation du couple parental :

Autorité parentale

MODE DE VIE :

- **famille d'origine**
- **famille d'accueil**
- **famille d'accueil thérapeutique**
- **foyer**

MESURE DE PROTECTION :

1. **OPP (Ordonnance de Placement Provisoire)**
2. **RT (Recueil Temporaire)**

3. **AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert)**
   - **Administrative**
   - **Judiciaire**
4. **Autre (pupilles de l'Etat …)**

Nom du service et référents socio-éducatifs : **TEL**
AES : **ALD :**

SCOLARISATION :

Normale **classe :**
CLIS
IMP
IMPro
Nom de l'établissement : **référents :**
Non scolarisé

MEDECIN TRAITANT : **TEL :**

SUIVI PSYCHIATRIQUE EXTRAHOSPITALIER :

Service :

Psychiatre ou psychologue :

Référents :

GENEALOGIE :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

ANTECEDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Antécédents médico-chirurgicaux

Antécédents medico-psychologiques ou psychiatriques :

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES :

AFFILIATION RELIGIEUSE ET CULTURELLE DE LA FAMILLE :

RELATION AVEC LES PRATIQUES DE " GUERISSAGE " TRADITIONNELLES :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

DATES ET RESUME DES HOSPITALISATIONS TEMPS PLEIN A L'UNITE REGIONALE:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELS :

AUTRES PRISES EN CHARGE :

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX EN COURS :

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE :

DESTINATAIRES DU RESUME